

Załącznik Nr 1 do
Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi
oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie
Gminy Pomiechówek w 2025 roku

Pomiechówek, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
telefon

WÓJT GMINY POMIECHÓWEK

WNIOSEK o sfinansowanie zabiegu sterylizacji/kastracji* kota/psa*

Zwracam się o sfinansowanie planowanego zabiegu sterylizacji/kastracji* psa/kota*, którego jestem właścicielem.

Informacje o posiadanym zwierzęciu:

Gatunek zwierzęcia

Rasa

Wiek

Płeć

Miejsce przebywania zwierzęcia

Załącznik:

- Oświadczenie dotyczące wykonania zabiegu weterynaryjnego w ramach „Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie Gminy Pomiechówek w 2025 roku”

Jednocześnie oświadczam, że znane są przysługujące mi prawa oraz prawa i obowiązki Urzędu Gminy Pomiechówek wynikające z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* Niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 2 do
Programu opieki nad zwierzętami bezdomnymi
oraz zapobiegania bezdomności zwierząt na terenie
Gminy Pomiechówek w 2025 roku

**Oświadczenie
dotyczące wykonania zabiegu sterylizacji/kastracji* zwierzęcia**

Oświadczam, że zamieszkuję na terenie Gminy Pomiechówek oraz, że jestem właścicielem psa/kota*, którego zamierzam poddać zabiegowi sterylizacji/kastracji*.

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu w:

- Przychodni Dla Zwierząt Nowakowski A., Nowakowski Z., Fiedorek M. z/s ul. Wojska Polskiego 5, 05-180 Pomiechówek lub

- Przychodni Weterynaryjnej MASTIF – Ewa Dunal z/s ul. Paderewskiego 26, 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki, oraz na warunki finansowania zabiegu przez Gminę Pomiechówek.

Oświadczam, że uzyskałem/łam zgodę Wydziału Gospodarki Komunalnej Urzędu Gminy Pomiechówek na wykonanie zabiegu, który będzie sfinansowany przez Gminę Pomiechówek.

1. Imię i nazwisko właściciela zwierzęcia

.....

2. Adres zamieszkania właściciela zwierzęcia, numer telefonu

.....

3. Gatunek zwierzęcia, płeć, wiek, znaki szczególne

.....

4. Potwierdzam, że oznakowałem/łam elektronicznie psa/sukę, kota/kotkę nr elektronicznego znacznika:

5. Rodzaj zabiegu do wykonania: sterylizacja*/ kastracja*

6. Przed wykonaniem wskazanego zabiegu zobowiązuję się do okazania lekarzowi weterynarii książeczki szczepień oraz aktualnego zaświadczenia o szczepieniu przeciwko wściekliźnie.

Jednocześnie oświadczam, że znane są przysługujące mi prawa oraz prawa i obowiązki Urzędu Gminy Pomiechówek wynikające z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).

.....

(Miejscowość, data)

.....

(podpis właściciela zwierzęcia)

* Niepotrzebne skreślić